

Imbruvica® (Ibrutinib)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

1L chronisch lymphatische Leukämie, uIGHV (CLL, Monotherapie).

Indikationscode: 21011.01

Limitatio (Auszug): Befristete Limitation bis 30.04.2028

Als Monotherapie zur Behandlung erwachsener Patienten ≥ 65 Jahren mit unmutiertem IGHV Status, die nicht vorbehandelt sind und für die eine Fludarabin-basierte Immunchemotherapie in voller Dosis nicht in Frage kommt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21011.01.

Personalien Patient(in):

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Geschlecht:

☐ ♀☐ ♂

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD oder Vertrauensarzt):

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Medizinische Daten:

☐

Patient/in ist an chronisch lymphatischer Leukämie erkrankt

☐

Patient/in ist ≥ 65 jährig

☐

unmutierter IGHV Status

☐

nicht vorbehandelt

☐

Kommt nicht für eine Fludarabin-basierte Immunchemotherapie in voller Dosis in Frage

Bemerkungen/Ergänzungen:

Geplanter Beginn der Therapie mit Imbruvica® (MM/JJJJ):

Anfragender Arzt/Ärztin

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: